Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Abuse of the Elderly:
When Caregivers Cease to Care

by

Elizabeth Podnieks, RN, BScN, MES
School of Nursing, Ryerson Polytechnical Institute
Toronto, Ontario

89-03848/

Abuse of the Elderly:
When Caregivers Cease to Care

by

Elizabeth Podnieks, RN, BScN, MES
School of Nursing, Ryerson Polytechnical Institute
Toronto, Ontario

National Clearinghouse on Family Violence
Family Violence Prevention Division
Social Service Programs Branch
Health and Welfare Canada

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare
Reprinted with permission from
Perspectives, Winter 1985

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. No. H72-21/9-4-1989E
ISBN 0-662-16653-1

Abuse of the Elderly: When Caregivers Cease to Care

by Elizabeth Podnieks

"I myself am an only daughter and my life is becoming a wreck because of looking after old people for the last ten years. At the moment, I am looking after my mother, who suffers from senile dementia and is at times like something out of a Dickens mad house. On two occasions in the past, I have slapped her, but now I have my feelings under control and I go out and sit in the car with the radio on and scream."(1)

Caregiving, even in the best of circumstances, is not easy. Families struggling to meet the needs of aging, ailing relations may reach the point where the strain becomes unbearable. This can result in a situation which Eastman describes as "caring, coping, and eventually collapsing."(2)

Due to changing demographics many middle aged or older, adult children are faced with the responsibility of parenting their own parents. This can fill them with fear as they realize the cost, the time, the guilt and the uncertainty of the future. Adult children may be too ashamed to ventilate their feelings of resentment and frustration with the caregiving role. Sometimes, these suppressed emotions can result in verbal assaults, neglect, and even physical battering.

Nursing Issue

Elder abuse is of particular concern to nurses. As formal caregivers we are vulnerable to all the stresses inherent in that role. Many of us are informal caregivers, and if we are not now, we are bound to be so in some capacity in the future. We are also responsible and caring citizens. Nurses must be aware of the problem of abuse and neglect of the elderly and initiate programs to prevent it. It is our challenge to make elder abuse an issue to which government and other organizations must respond. As nurses we have been forerunners in the fight against child abuse and spouse abuse - can we do less for those who need us most?

Definition

There is no common definition of elder abuse and this presents a major problem in establishing a knowledge base. It is mandatory that researchers collaborate and agree on an acceptable definition of elder abuse. They must determine a classification system which will clarify the inconsistency and variation in the current definition.(3) The operational definition of elder abuse in this article is: Any act or behavior by a family member or person providing care (formally or informally) which results in physical or mental harm or neglect of an elderly person.

Categories

Elder abuse usually occurs in three main categories: physical abuse and neglect, psychosocial abuse and exploitation. Abuse is not limited to one incidence. It takes place in different situations and the reasons behind the abuse are varied. Examples include: infliction of actual physical pain, denial of physical and health related necessities of life, removal of the decision - making power, mental distress, isolation, and situations involving the dishonest use of an elder person's money or property.

Causes

No single factor has been identified as the cause of elder abuse. Theories overlap and abuse appears to be triggered by the interplay of several factors. Researchers agree that stress is present in families where elder abuse takes place. This stress may result from conditions existing within the particular family, the community or society at large. Bookin summarizes the variety of explanations which have been proposed and which include the following: developmental dysfunction; pathological problems; ageism and violence as a way of life; changes such as increased longevity, fewer family ties, greater demand on family resources; and family conflict.(4)

Prevalence

The extent of elder abuse in Canada, pending empirical investigation, is still underrecognized and undetermined. It has been estimated that as many as 100 000 elderly Canadians could be mistreated annually. The Manitoba Study in 1982 estimated that 2.2% of the 18 000 elderly persons living in that province and receiving care are experiencing abuse of some kind at the hands of caregivers.(5) The true incidence of abuse of an elderly person living in a family setting is difficult to identify and practically impossible to prove because the victim does not want to reveal the problem. Feelings of fear, guilt and embarrassment are involved. The victims cannot bring themselves to admit that abuse could happen in **their** family. Elders have come to the point of reporting abuse, only to find that they were not believed, because for some, there may be a history of confusion or dementia.

The Victim

The victim is usually a woman over the age of 75 years, with one or more physical and/or mental impairments. Other characteristics are social isolation and dependence on the caregiver. The victim may feel that they deserve the abuse and they may have been an abusive parent. The victim is passive and often feels powerless to control the situation.(6)

The Abuser

The abuser may be middle aged or elderly themself. The abuser tends to "blame" the victim, with whom he might also have a dependency relationship. The abuser may be experiencing some form of stress: unemployment; financial stress; marital discord; or substance abuse. The abuser has poor impulse control and may have been an abused child or come from a violent background.(7)

Indicators

No one characteristic automatically points to abuse or neglect of the elderly, rather nurses should look for clusters of factors which might indicate mistreatment. It is important to remember that some signs may in fact be due to the aging process. Observations which trigger further investigation include:

- elder has physical/mental limitations affecting ability for self care

- medical history does not coincide with presenting injuries
- postpones seeking medical treatment
- sores, injuries which have not been treated/partially healed
- history shows repeated incidents of unexplained "accidents"/injuries
- history of seeking medical attention from a variety of doctors/treatment centres
- evidence of: malnutrition, dehydration, overmedication, undermedication, muscle contractures, poor skin care, hygiene, bruises, hematomas, fractures.
- behavioral - attitudinal response of caregiver: appears fatigued, "blames" elder, responds defensively when questioned, excessively concerned, unconcerned, avoids physical, verbal, facial contact with elder or professional, treats elder like a child or nonperson.(7)
- behavioral - and attitudinal response of elder: passive, withdrawn, gives information reluctantly, anxious, fearful, changing speech pattern, avoids physical, verbal, facial contact with caregiver, professional.

Presence of high risk factors which precipitate elder abuse:

- **caregiver:** lack of knowledge of caregiver role/services available and how to access them/age/psychological/physical health of caregivers stress: multiple family problems/substance abuse/financial problems/lack of privacy/overcrowding/pressured into caregiving role (guilt)/changed life style/increasing needs and demands of elder/history of family violence/social isolation/lack of support network/role dissatisfaction/fear of growing old.
- **elder:** psychological, physical impairments/increasing dependency on caregiver/learned helplessness/substance abuse/social isolation/lack of support natural/meaningful losses, i.e., bereavement, loss of independence/role reversal/history of family violence/fear of institutionalization.

Gaining Access

How do we reach the elderly victim of abuse? How can we get through that closed front door? A massive communication blitz is necessary. Every possible channel must be utilized to get a message through to the victim and abuser that there are community supports to help them - what they are and how to access them. Some measures include postal alert, mail box flyers, pamphlets, TV and radio messages, hot lines, distress centres, information printed on grocery bags. All communication messages must be in the language of the target group. Support must be sought from those who come in contact with the elderly; those who know them and in turn are known by the elder person: bank clerks, hairdressers, utilities personnel, grocery clerks, bus drivers, clergy. A concerned third party could be the needed link, for example a neighbor may be aware that there is a problem but is uncertain how to approach it.

Other means of identifying the abused include hospital detection protocols done through the admitting or emergency departments. Such assessment protocols are excellent methods of identifying the physical, psychological, emotional and behavioral signs of abuse and or neglect. Nurses must have unlimited patience, understanding and compassion in questioning and seeking information from suspected abusers and their victims. The nurse's attitude and skills could determine the outcome of a resolution of the situation.

Intervention

Legislation: There is a need for changes to legislation dealing with abuse of the elderly. Human service workers are frequently "hamstrung" because there is no legal authority to intervene in suspected cases of elder abuse. The question of **Mandatory reporting** must be closely examined. Reporting will not solve the numerous societal and family situations underlying abuse. Services must be in place which will assist both the victim and the abuser.(8)

Advocacy: Nurses have an obligation to act as advocates for the elderly because they are often unable to articulate their needs and protect themselves. Nurses can also support citizen groups engaged in advocacy programs. For example, Concerned Friends of Ontario Citizens in Care Facilities, and the Patient's Rights Association.

Research is essential to determine the causes leading to abuse and to develop valid and reliable identification and assessment tools.

Education is needed to increase professional and public awareness of the elder abuse problem. Gerontological concepts must be included in the curricula at all levels of education from nursery school to university. Only by focusing on the strengths and basic rights of elderly people can positive attitudes be fostered. The victim must have **Medical intervention** for treatment of injuries - This could mean hospitalization or removal to a safer environment. **Protective Services** should be in place, for example legal intervention and guardianship. Coordination of **Community Support Systems** is necessary to ensure quality continuum care and help the family find their way through the bureaucratic maze. **Counselling** includes the victim, the abuser and family members because this problem affects everyone in the family unit. Use of a problem-solving process to teach effective caretaking roles must be made available. **Rehabilitation** and counselling should be ongoing.

A Shared Problem

As nurses we are caregivers. We face the same frustrations and unending burden of the caregiving role as informal caregivers in the community. We are just as vulnerable to the isolation and stress. We are just as in need of a support network. We must validate our peers working in geriatric centres. They have not received the recognition of those working in acute care settings and "high tech" areas. Yet the work they are doing requires just as much expertise and infinitely more "people skills". All the more reason to acknowledge the work they are doing because they are especially susceptible to discouragement and burn out. Just as we should lobby for more supports for informal caregivers so must we insist on more incentives for geriatric nurses. A big slice of the

health dollar is going into care for the elderly: part of this must be allocated to relieving the superhuman stress placed on nursing staff. If the field of geriatrics had a higher profile then more qualified people would be attracted to it. Staff shortage accounts for much of the elder abuse in institutions. How can you not restrain a client if there are only two nurses on a 40 bed unit? How can we not rush in feeding a client if there are 10 others waiting to be fed? How often do clients start to wander away at meal time when staff are trying feed other clients? Let us support geriatric nurses by lobbying for a better working environment, more in-service education, less bureaucracy and red tape and above all, more appreciation of their skills, their patience, their humanity in caring for the elderly.(9)

The subject of elder abuse generates feelings of sadness. We think of the tragic dilemma facing those who act in violence against someone they love or care for. We think of the pain endured by those affected by the process.(10) The problem has unfolded. We have the knowledge. Do we have the commitment to ensure that caregivers never cease to care?

Elizabeth Podnieks, RN, MS, is a faculty member of the School of Nursing at Ryerson Polytechnical Institute, Toronto, Ontario. She is a member of the North York Mayor's Task Force on Abuse of the Elderly and the Toronto Mayor's Committee of Crime and Abuse of the Elderly.

References

1. Eastman M., **Old Age Abuse, Age Concern,** 1984. p. 16.

2. Ibid p. 52.

3. O'Rourke M., **Elder Abuse: The State of the Art,** Paper presented at the National Conference on the Abuse of Older Persons, Boston, Mass. March, 1981.

4. Bookin D. and Dunkle R.E., Elder Abuse: Issues for the Practitioner. **Social Casework,** January 1985. p. 4.

5. Shell D., **Protection of the Elderly - a study of Elder Abuse,** 1982. Manitoba Council on Aging, Winnipeg 1982.

6. Villmoare E. and Bergman J., **Elder Abuse and Neglect: A guide for Practitioners and Policy Makers.** Legal Research and Services for the Elderly, Boston, Mass. 1981.

7. Falconi D., Assessing The Abused Elderly, **Journal of Gerontological Nursing,** April 1982 p. 208-212.

8. Hooyman N., **Elderly Abuse and Neglect: Community Interventions in Abuse and Maltreatment of the Elderly,** ed. Jordon I. Kosberg, John Wright 1983 p. 376.

9. Podnieks E., **Address to The Gerontological Nursing Association, London Chapter,** Seminar on Elder Abuse; Prevalence Intervention, London, Ontario April 1985.

10. Eastman M. Op sit., p. 7.

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Violence à l'égard des personnes âgées:
Quand les dispensateurs de soins démissionnent

par

Elizabeth Podnieks, i.f., B.Sc.inf., M.Env.
École des sciences infirmières, Ryerson Polytechnical Institu
Toronto (Ontario)

Violence à l'égard des personnes âgées: Quand les dispensateurs de soins démissionnent

par

Elizabeth Podnieks, i.f., B.Sc.inf., M.Env.
École des sciences infirmières, Ryerson Polytechnical Institute
Toronto (Ontario)

Centre national d'information sur la violence dans la famille
Division de la prévention de la violence familiale
Direction générale des programmes de service social
Santé et Bien-être social Canada

Publication autorisée par le ministre de la
Santé nationale et du Bien-être social
Traduit de l'anglais et reproduit avec l'autorisation de
Perspectives, hiver 1985

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H72-21/9-4-1989F
ISBN 0-662-95253-7

Violence à l'égard des personnes âgées: Quand les dispensateurs de soins démissionnent

par Elizabeth Podnieks

"Je suis une fille unique et je suis en train de briser ma vie parce que je m'occupe des personnes âgées depuis dix ans. En ce moment, je prends soin de ma mère qui souffre de démence sénile et qui se conduit parfois comme une véritable folle. Il m'est arrivé deux fois de la gifler mais, maintenant, je peux me maîtriser. Je vais m'asseoir dans la voiture, j'ouvre la radio et je crie."(1)

Il n'est pas toujours facile de s'occuper de quelqu'un. Pour les familles qui s'efforcent de répondre aux besoins de parents âgés dont la santé est fragile, la tension pourra devenir insupportable et créer une situation qu'on peut décrire ainsi, pour reprendre les mots d'Eastman: soigner, essayer de s'adapter et finalement s'effondrer.(2)

Par suite de l'évolution démographique, un grand nombre d'adultes d'âge moyen ou âgés se voient devant la responsabilité de prendre soin de leurs parents, et cela peut les effrayer quand ils se rendent compte de ce que cela coûte, du temps que cela prend, du sentiment de culpabilité qui les guette et de l'incertitude de l'avenir. Les enfants d'âge adulte pourront avoir trop honte pour étaler au grand jour les sentiments de rancune et de frustration que fait naître en eux leur rôle de dispensateur de soins. Ces émotions refoulées peuvent parfois conduire à la violence verbale, à la négligence et même aux sévices.

Les soins infirmiers

Le problème de la violence faite aux personnes âgées intéresse particulièrement les infirmières et les infirmiers. En tant que dispensateurs de soins officiels, nous sommes exposés à toutes les tensions inhérentes à ce rôle. Il y a parmi nous beaucoup de dispensateurs de soins officieux et, si nous ne le sommes pas maintenant, nous le serons nécessairement d'une façon ou d'une autre à l'avenir. Nous sommes aussi des citoyens responsables et charitables. Les infirmières doivent être sensibles au problème de la violence et de la négligence dont sont victimes les personnes âgées et aider à mettre en oeuvre des programmes pour le prévenir. Notre tâche, c'est de faire de ce problème une question à laquelle les gouvernements et les autres organismes doivent apporter une réponse. En tant qu'infirmières, nous avons été les premières à lutter contre la violence faite aux enfants et aux femmes. Pouvons-nous faire moins pour ceux qui ont le plus besoin de nous?

La définition

Il n'existe pas de définition commune de la violence exercée contre les personnes âgées et cela présente un problème majeur pour établir une base de connaissances. Les chercheurs doivent obligatoirement collaborer et s'entendre sur une définition acceptable de cette forme de violence. Ils doivent déterminer un système de classification qui viendra supprimer l'incohérence et la variation des définitions actuelles.(3) Pour les besoins de cet article, voici comment la violence à l'égard des personnes âgées est définie sur le plan opérationnel: tout acte ou comportement d'un membre de la famille ou d'un dispensateur de soins (officiel ou officieux) qui fait du mal physiquement ou psychologiquement à une personne âgée ou qui signifie que cette personne est négligée.

Les catégories

La violence envers les personnes âgées revêt d'ordinaire trois grandes formes: les sévices et la négligence, les contraintes psychosociales et l'exploitation. Cette violence ne survient pas une fois seulement. Elle se produit dans différentes situations et les raisons en sont variées. Elle se traduit, par exemple, par l'infliction d'une souffrance physique réelle, par le refus de satisfaire les besoins physiques et les besoins sanitaires essentiels, par la suppression du pouvoir de décision, la peine morale, l'isolement, l'usage malhonnête de l'argent ou des biens.

Les causes

Aucun facteur n'a été reconnu comme causant à lui seul la violence exercée envers les personnes âgées et les nombreuses théories montreraient, au contraire, que c'est l'interaction de divers facteurs qui déclenche cette violence. Les chercheurs s'entendent pour dire que le stress est présent dans les familles où les personnes âgées sont maltraitées. Ce stress pourra résulter de conditions qui existent dans ces familles, dans la collectivité ou dans l'ensemble de la société. Bookin résume les diverses explications qui ont été proposées à cet égard, et cite notamment un dérèglement sur le plan développemental, des problèmes pathologiques, la violence vue comme un mode de vie, des changements tels qu'une longévité accrue, des liens familiaux moins nombreux, une plus grande demande exercée sur les ressources familiales, et enfin la discorde dans la famille.(4)

La prévalence

En l'absence d'études empiriques, l'étendue de la violence faite aux personnes âgées au Canada est encore mal reconnue et mal déterminée. On estime qu'au moins 100 000 Canadiens âgés pourraient être maltraités tous les ans. Selon les chiffres estimatifs de l'étude menée par le gouvernement du Manitoba en 1982, 2,2 p. 100 des 18 000 personnes âgées vivant alors dans cette province et recevant des soins étaient victimes d'une forme quelconque de violence de la part des dispensateurs de soins.(5) La véritable incidence des mauvais traitements exercés sur une personne âgée qui vit dans un milieu familial est difficile à établir et pratiquement impossible à prouver parce que la victime ne veut pas révéler le problème. Les victimes ont peur, elles se sentent coupables et gênées, et elles ne peuvent se résoudre à admettre que la violence peut se produire dans **leur** famille. Les personnes âgées qui ont fini par signaler qu'elles étaient maltraitées ont malheureusement constaté qu'on ne les croyait pas parce que certaines souffraient peut-être de confusion ou de démence.

La victime

La victime est d'ordinaire une femme de plus de 75 ans, qui a un ou plusieurs handicaps physiques ou mentaux, qui est isolée socialement et qui dépend du dispensateur de soins. Elle aura peut-être l'impression de mériter les mauvais traitements et pourra avoir été elle-même une mère violente. C'est une personne passive à qui manque souvent le pouvoir de maîtriser la situation.(6)

La personne violente

La personne violente pourra être d'âge moyen ou elle-même âgée. Elle a tendance à blâmer la victime, avec laquelle elle pourrait aussi avoir une relation de dépendance. Elle vivra peut-être une forme quelconque de stress: chômage, difficultés financières, mésentente conjugale ou abus des drogues. Elle maîtrise mal ses impulsions et aura pu être un enfant maltraité ou avoir vécu dans un milieu violent.(7)

Les indicateurs

Puisque aucune caractéristique n'indique automatiquement, à elle seule, qu'une personne âgée est maltraitée ou négligée, les infirmières devraient plutôt chercher des grappes de facteurs. Il importe de se rappeler que certains signes pourront en fait être dus au processus de vieillissement. Les observations suivantes exigent une investigation:

- la personne âgée a des limites physiques ou mentales qui réduisent sa capacité de prendre soin d'elle-même;
- les blessures qu'elle présente ne correspondent pas au dossier médical;
- elle retarde à demander des soins médicaux;
- elle a des lésions ou des blessures qui n'ont pas été soignées ou qui sont partiellement guéries;
- le dossier montre l'existence "d'accidents" ou de blessures inexpliqués;
- le dossier montre que la personne âgée a demandé des soins médicaux d'une variété de médecins ou de centres de traitement;
- il y a des signes évidents de malnutrition, de déshydratation, de surmédication, de sous-médication, de contractions musculaires, de mauvais entretien de la peau et de mauvaise hygiène, de contusions, d'hématomes, de fractures;
- comportement et attitude réactionnels du dispensateur de soins: le dispensateur de soins paraît fatigué, "blâme" la personne âgée, est sur la défensive quand on l'interroge, est excessivement préoccupé, est indifférent, évite le contact physique, verbal ou visuel avec la personne âgée ou le travailleur professionnel, traite la personne âgée comme un enfant ou un être sans intérêt;(7)
- comportement et attitude réactionnels de la personne âgée: la personne âgée est passive et repliée sur elle-même, donne des renseignements à contrecoeur, est anxieuse ou craintive, ne s'exprime plus comme d'habitude, évite le contact physique, verbal ou visuel avec le dispensateur de soins ou le travailleur professionnel.

Il existe des facteurs de risque élevé qui précipitent la violence:

- **chez le dispensateur de soins:** manque de connaissance de son rôle ou des services qui existent et de la manière de les obtenir, âge, santé psychologique, santé physique, stress dû à des problèmes familiaux multiples, usage des drogues, problèmes financiers, manque d'intimité, forcé par suite des pressions à assumer le rôle de dispensateur de soins (sentiment de culpabilité), exigences et besoins croissants de la personne âgée, antécédents de violence familiale, isolement social, absence d'un réseau de soutien, mécontentement par rapport à son rôle, peur de vieillir;

- **chez la personne âgée:** diminution des fonctions psychologique ou physique, dépendance croissante à l'égard du dispensateur de soins, impuissance acquise, usage des drogues, isolement social, absence de soutien naturel, pertes significatives, par exemple un deuil, perte d'indépendance, renversement des rôles, antécédents de violence familiale, peur du placement en établissement.

Les moyens d'atteindre la personne âgée

Comment atteignons-nous la personne âgée victime de violence? Comment pouvons-nous parvenir jusqu'à elle? Il est nécessaire de mettre en oeuvre rapidement un plan massif de communication. Tous les moyens possibles doivent être utilisés pour faire comprendre à la victime et à la personne violente qu'il y a des mécanismes de soutien communautaire pour les aider, ce que sont ces mécanismes et comment y avoir recours. Il pourra s'agir notamment d'un service de surveillance postale, de dépliants déposés dans la boîte aux lettres, de brochures, de messages à la télévision et à la radio, de services téléphoniques d'urgence, de centres d'aide morale, de renseignements imprimés sur les sacs de provisions. Tous les messages doivent être dans la langue du groupe visé. Il faut obtenir l'appui des personnes qui ont des rapports avec la personne âgée, de celles qui connaissent la personne âgée et que la personne âgée connaît: caissières ou caissiers des banques, coiffeuses, personnel des services publics, commis des magasins d'alimentation, chauffeurs d'autobus, membres du clergé. Le lien nécessaire pourrait être une tierce personne intéressée, par exemple un voisin qui saura peut-être qu'il y a un problème mais ne sait pas comment l'aborder.

Les protocoles d'évaluation employés dans les services d'admission ou d'urgence des hôpitaux représentent un autre moyen de déceler les mauvais traitements. Ce sont d'excellentes méthodes pour reconnaître les signes physiques, psychologiques, affectifs ou comportementaux des sévices ou de la négligence. Les infirmières doivent avoir une patience sans limite. Elles doivent faire preuve de compréhension et de compassion quand elles interrogent les personnes soupçonnées de violence et leur victime pour obtenir des renseignements. L'attitude qu'elles ont et la compétence dont elles font preuve pourraient déterminer l'issue heureuse de la situation.

Les formes d'intervention

Des modifications s'imposent aux **lois** qui ont trait à la violence envers les personnes âgées. Souvent les travailleurs des services sociaux sont paralysés parce que la loi ne les autorise pas à intervenir dans les cas suspects. La question de la **déclaration obligatoire** doit être minutieusement examinée. La déclaration ne réglera pas les nombreuses situations sociales et familiales qui favorisent la violence. Il faut des services pour aider tant la victime que la personne violente.(8)

Les infirmières ont l'obligation de se faire les **porte-parole** des personnes âgées qui sont souvent incapables d'exprimer leurs besoins et de se protéger. Elles peuvent aussi appuyer l'action des groupes de défense des droits des malades.

La recherche est essentielle pour déterminer les causes qui conduisent à la violence et pour élaborer des outils de dépistage et d'évaluation valables et fiables.

L'éducation est nécessaire pour sensibiliser davantage les milieux professionnels et le public au problème de la violence faite aux personnes âgées. Il faut faire entrer des notions de gérontologie dans les programmes d'études à tous les niveaux du système éducatif, depuis la classe prématernelle jusqu'à l'université. Ce n'est qu'en insistant sur les points forts et les droits fondamentaux des personnes âgées que des mentalités positives peuvent être favorisées. La victime doit avoir des **services médicaux** pour faire soigner ses blessures. Cela pourrait signifier l'hospitalisation de la personne âgée ou son retrait du milieu violent pour la placer dans un milieu plus sûr. Il faudrait mettre sur pied des **services de protection**, par exemple l'intervention juridique et la tutelle. Il est nécessaire de coordonner les **systèmes de soutien communautaire** pour garantir un continuum de soins de haute qualité et aider la famille à se retrouver dans le dédale bureaucratique. Les **services de conseil** doivent englober la victime, la personne violente et les membres de la famille parce que le problème touche tout le monde dans le milieu familial. Il faut donner aux dispensateurs de soins des moyens de résoudre les difficultés pour qu'ils apprennent à bien s'acquitter de leur rôle. Les **services de réadaptation** et de conseil ne devraient jamais s'interrompre.

Problème commun

En notre qualité d'infirmières, nous sommes des dispensatrices de soins. Nous faisons face aux mêmes frustrations et aux mêmes tâches interminables que les dispensateurs de soins officieux de la collectivité. Nous sommes tout aussi exposées à l'isolement et au stress. Nous avons autant besoin d'un réseau de soutien. Nous devons attester la valeur d'autres infirmières comme nous qui travaillent dans les centres gériatriques. Ces infirmières n'ont pas reçu la considération accordée à celles qui travaillent dans les établissements de soins pour malades aigus et dans les domaines de haute technologie. Pourtant, le travail qu'elles font exige autant de compétence et infiniment plus de connaissance de la nature humaine. Le fait qu'elles soient particulièrement portées au découragement et à l'épuisement professionnel est une raison de plus pour reconnaître leur travail. Nous devons insister pour que davantage de stimulants soient prévus dans le cas des infirmières gériatriques, tout comme nous devrions faire des pressions pour que davantage de moyens de soutien soient donnés aux dispensateurs de soins officieux. Une grosse tranche du budget de la santé va aux soins destinés aux personnes âgées; une partie doit en être prévue pour atténuer les tensions surhumaines imposées au personnel infirmier. Si le domaine de la gériatrie avait plus d'importance, il attirerait plus de gens qualifiés. C'est la pénurie de personnel qui explique en grande partie la violence dont les personnes âgées sont victimes dans les établissements. Comment pouvons-nous ne pas immobiliser un pensionnaire s'il n'y a que deux infirmières pour une unité de 40 lits? Comment pouvons-nous ne pas faire manger un pensionnaire à la hâte s'il y en a dix autres qui attendent? Que de fois les pensionnaires partent faire un tour à l'heure des repas quand le personnel essaye d'en faire manger d'autres. Il faut que nous soutenions les infirmières gériatriques en exerçant des pressions pour que leur

ambiance de travail soit meilleure, qu'elles aient plus de formation en cours de service, moins de papiers et de formalités à remplir et, surtout, que leur compétence, leur patience, leur compassion à l'égard des personnes âgées soient mieux reconnues.(9)

La question de la violence à l'égard des personnes âgées suscite de la tristesse. Nous pensons au tragique dilemme devant lequel se trouvent ceux qui violentent quelqu'un qu'ils aiment ou dont ils prennent soin. Nous pensons à la souffrance que ressentent ceux que cette violence blesse.(10) Le problème a été mis au jour. Nous le connaissons. Avons-nous le degré d'engagement nécessaire pour que les dispensateurs de soins n'abandonnent jamais?

Elizabeth Podnieks est professeur de l'Ecole de sciences infirmières au Ryerson Polytechnical Institute de Toronto (Ontario). Elle est membre du Groupe d'étude sur la violence à l'égard des personnes âgées de la municipalité de North York et du Comité d'étude sur les actes criminels et la violence à l'égard des personnes âgées de la municipalité régionale de Toronto.

Bibliographie

1. Eastman M., **Old Age Abuse, Age Concern,** 1984. p. 16.

2. Ibid p. 52.

3. O'Rourke M., **Elder Abuse: The State of the Art,** rapport présenté à la Conférence nationale sur les personnes âgées maltraitées, Boston (Mass.), mars 1981.

4. Bookin D. et Dunkle R.E., Elder Abuse: Issues for the Practitioner. **Social Casework,** janvier 1985. p. 4.

5. Shell D., **Protection of the Elderly - a study of Elder Abuse,** 1982. Conseil du troisième âge du Manitoba, Winnipeg, 1982.

6. Villmoare E. et Bergman J., **Elder Abuse and Neglect: A guide for Practitioners and Policy Makers.** Legal Research and Services for the Elderly, Boston (Mass.), 1981.

7. Falconi D., Assessing The Abused Elderly, **Journal of Gerontological Nursing,** avril 1982. p. 208-212.

8. Hooyman N., **Elderly Abuse and Neglect: Community Interventions in Abuse and Maltreatment of the Elderly,** Éd. Jordon I. Kosberg et John Wright 1983. p. 376.

9. Podnieks E., **Address to The Gerontological Nursing Association, London Chapter,** séminaire sur la violence à l'égard des personnes âgées: prévalence, prévention, intervention, London (Ontario), avril 1985.

10. Eastman M. Op. sit., p. 7.